

PROCÉDURE PAI

ALLERGIE/INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE

Définition :

En vertu de la circulaire du 8 septembre 2003, peuvent être accueillis en EAJE des enfants porteurs d'allergie ou d'intolérance alimentaire.

Pourquoi mettre en place un PAI ?

Le PAI définit de manière précise :

- Les conditions de restauration de l'enfant
- Les conditions de prise en charge de l'enfant, en urgence, en cas d'ingestion accidentelle d'un aliment allergisant ou interdit.

Procédure :

1. Devant une allergie/ intolérance alimentaire, le PAI est soit demandé par les parents, soit proposé aux parents par la direction ou par le médecin du jardin d'enfants.

RAPPEL

Aucun aliment venant du domicile des parents ne peut être consommé par l'enfant (par respect des normes HACCP), sauf dans le cadre d'un PAI mis en place (ou en cours de mise en place).

2. Remettre aux parents, le formulaire ci-dessous contenant :
 - La lettre explicative pour les parents, complétée,
 - La lettre pour le médecin de l'enfant, complétée,
 - Le formulaire de PAI, expliqué
3. Les parents et le médecin traitant remplissent le formulaire :
 - Le médecin de l'enfant établit si besoin une ordonnance valide (nom, prénom, âge et poids de l'enfant) pour la trousse d'urgence et fournit la liste des aliments interdits/autorisés.
 - Les parents fournissent le matériel nécessaire, les médicaments prescrits (portant le même nom que sur l'ordonnance) et les changent à la date de péremption + les paniers repas au moins en attendant la validation du PAI.
4. Le médecin d'établissement rencontre ensuite les parents :
 - Pour expliquer et valider le PAI,
 - Si le protocole d'urgence n'est pas clair, le médecin de la structure peut faire un résumé explicatif pour les équipes.
Il fait un double du protocole d'urgence qu'il insère dans la trousse d'urgence.
5. Le médecin du jardin d'enfants détermine le régime alimentaire de l'enfant, en tenant compte du « Guide PAI alimentaire » et des informations recueillies auprès du médecin de l'enfant.



6. Le médecin de la structure ou la direction du jardin d'enfants forme (et fait émerger) l'ensemble de l'équipe (prioritairement les professionnels du groupe accueillant l'enfant et celui chargé de la restauration) afin qu'elle :
- Connaisse le PAI et le lieu de stockage de la trousse d'urgence,
 - Connaisse les aliments à exclure,
 - Sache reconnaître les symptômes d'appel,
 - Connaisse la conduite à tenir en cas d'ingestion accidentelle d'un aliment exclu,
 - Connaisse la conduite à tenir en cas de choc allergique.

En cas de changement de personnel encadrant : faire suivre l'information de façon prioritaire.

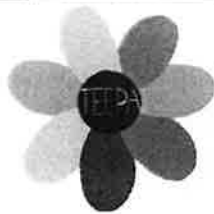
Rôle du médecin du jardin d'enfants et / ou de la direction :

- Sont garants de la bonne prise en compte du « Guide PAI alimentaire » et des besoins médicaux de l'enfant.
- Vérifient la présence de la trousse d'urgence dans la pharmacie et son contenu (médicaments et protocole d'urgence).
- Vérifient la présence du PAI au sein de la section et sa lisibilité.
- Sont garants du respect du secret professionnel : eu égard aux règles strictes du secret professionnel et du devoir de réserve, le jardin d'enfants n'a pas à divulguer l'identité de l'enfant porteur du PAI ou tout autre renseignement d'autre médical à aucune autre personne que les professionnels qui partagent la mise en charge spécifique de cet enfant, et dans la limite de ce qui est nécessaire.
- En cas de sortie à l'extérieur :
 - Informe le personnel de la structure de l'existence du PAI et l'applique,
 - Prend la trousse d'urgence contenant les médicaments et le protocole d'urgence.

Durée de validité du PAI :

- Le PAI est actualisé chaque année à la date anniversaire de leur mise en place, ou en cas de changement ou d'évolution de la pathologie et/ou du traitement.
- Au moment de sa révision, le médecin du jardin d'enfants rencontre la famille,
- En cas de réintroduction des aliments interdits : demander un certificat médical une fois la réintroduction réalisée au domicile.

Les parents informent le médecin de la structure de tout changement ou évolution de la pathologie et/ou du traitement.



LETTRE À L'ATTENTION DES PARENTS

À M. Et Mme _____ Date : _____

Parents de l'enfant : _____

Madame, Monsieur,

Vous nous avez indiqué que votre enfant présente une allergie/intolérance alimentaire.

Cette pathologie peut nécessiter des précautions particulières concernant son alimentation et des soins d'urgence durant le temps d'accueil en cas d'ingestion accidentelle d'un aliment allergisant ou interdit.

Pour permettre de répondre à ces besoins, il convient de vous demander au médecin de votre enfant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) qui sera validé par le médecin du jardin d'enfants.

Pour cela, vous voudrez bien :

- Compléter le document ci-joint,
- Demander au médecin traitant ou allergologue, un protocole rédigé sur le document joint précisant la conduite à tenir en fonction des différents symptômes possibles, et détaillant : **traitements d'urgence et liste des aliments à exclure.**
- Joindre si possible tous les documents nécessaires (bilans récents, compte rendu de consultations ou d'hospitalisations).
- Joindre une trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits et la photocopie de l'ordonnance.
- Fournir un panier repas quotidien à la crèche (en attendant la validation du PAI, et par la suite si nécessaire après la validation).
- Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler dès leur péremption.

La direction du jardin d'enfants

Françoise ARNOBE



LETTRE POUR LE MÉDECIN TRAITANT DANS LE CADRE D'UN PAI

Cher confrère,

Les parents de votre patient, l'enfant _____ né le _____ nous ont signalé qu'il présente une allergie/intolérance alimentaire pouvant nécessiter l'éviction d'un certain nombre d'aliments et/ou des gestes à effectuer en urgence durant le temps d'accueil en cas d'ingestion accidentelle d'un aliment allergisant ou interdit.

Pour permettre de répondre à ces besoins, je vous serais reconnaissant de bien vouloir nous retourner :

- Le PAI joint après l'avoir rempli, daté et signé,
- La liste des aliments exclus,
- Une ordonnance avec les aliments de substitution et les médicaments pour la trousse d'urgence.

La décision de procéder par paniers repas total ou partiel ou sans panier repas pourra être prise par le jardin d'enfants après concertation (médecin et direction).

Dans le cadre de notre collaboration, je vous serais reconnaissant de m'informer des éventuelles modifications de la pathologie ou du traitement de l'enfant et de me faire parvenir d'éventuels comptes rendus.

En vous remerciant d'avance, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien confraternellement.

Docteur CORNUAU Patricia



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ALLERGIE/INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE

Circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003

Bulletin officiel n°34 du 18/09/2003

TOUTE L'ENFANCE EN PLEIN AIR

264 BOULEVARD SAINT DENIS

92400 COURBEVOIE

01.43.33.94.02

teepa@orange.fr

L'ENFANT CONCERNÉ

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : _____ Age : _____ Poids : _____ Kg

GROUPE :

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

DATE DU PAI : _____

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la structure d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.



PERSONNES À PRÉVENIR

(À remplir par les parents)

Les urgences : SAMU 15

Les parents ou représentants légaux :

	MONSIEUR	MADAME
NOM		
N° TÉLÉPHONE PORTABLE		
N° TÉLÉPHONE TRAVAIL		
N° TÉLÉPHONE DOMICILE		

Le médecin habituel qui suit l'enfant

NOM	
ADRESSE	
TÉLÉPHONES	

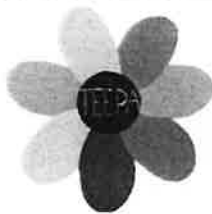
L'allergologue qui suit l'enfant

NOM	
ADRESSE	
TÉLÉPHONES	

Autres intervenants

NOM	
ADRESSE	
TÉLÉPHONES	

Important : Penser à nous informer de tout changement de coordonnées téléphoniques de façon à ce que l'on puisse vous joindre rapidement ou contacter le(s) médecin(s) si nécessaire



AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET DE SOINS D'URGENCE

(À remplir par les parents)

Nous soussignés,

Madame _____

Monsieur _____

Représentants légaux de l'enfant _____

Demandons pour votre enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole de soin du DR _____.

Autorisons les professionnels du jardin d'enfants à pratiquer, dans les limites de leurs compétences, les gestes nécessaires et à administrer les médicaments prescrits dans le cadre de ce PAI :

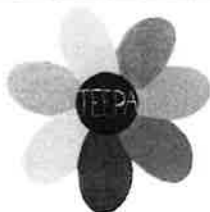
- En cas d'allergie ou d'intolérance survenue lors du temps d'accueil de notre enfant au jardin d'enfants,
- En cas de choc allergique survenu lors du temps d'accueil de notre enfant au jardin d'enfants,
- Dans les jours qui suivront cette allergie (nombre de jours précisés dans le PAI par la Médecin traitant) sous réserve d'un état clinique stable en voie d'amélioration ne nécessitant pas plus de trois prises médicamenteuses par jour, lors du temps d'accueil de notre enfant au jardin d'enfants.

Autorisons que ce document soit porté à la connaissance de tous les professionnels en charge de notre enfant dans le jardin d'enfants.

Déclarons avoir pris connaissance du protocole d'administration des médicaments et nous y conformer.

Nous engageons à fournir la trousse d'urgence et à renouveler les médicaments à leur date de péremption.

Date et signatures des représentants légaux :



PROTCOLE DE SOINS D'URGENCE

(À remplir par le médecin de l'enfant, 2 pages)

NOM : _____ PRÉNOM : _____

POIDS : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ALLERGIE À : _____

ALIMENTS DE SUBSTITUTION : _____

- Transmettre une liste précise des aliments interdits

Liste transmise

Liste non transmise

- Traces d'allergène tolérées ?

OUI

NON

- Si APLV/ IPLV consommation possible de :

Lait cuit

Crème

Beurre

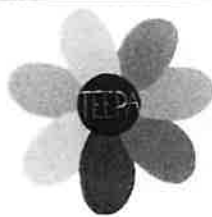
- Si allergie à l'œuf, consommation possible d' :

Œuf cuit

Conduite à tenir en cas de contact accidentel avec l'allergène :

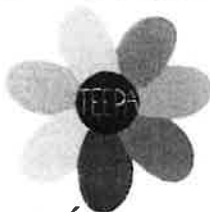
DÈS LES PREMIERS SIGNES, APPEL DU SAMU (15) ET PRATIQUER :

SITUATIONS	SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR (Médicament et posologie)
Urticaire aigue	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite rhinite	Yeux rouges, gonflés Éternuements, écoulement du nez	



SITUATIONS	SIGNES D'APPEL	CONDUITE À TENIR (Médicament et posologie)
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, Vomissements	
Crise d'asthme	<p>Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement</p> <p>L'enfant qui nécessiterait plus de 3 administrations médicamenteuses lors de son temps d'accueil au jardin d'enfants sera gardé à domicile car considéré comme non stabilisé.</p>	<p>Si l'enfant s'améliore et reste stable après la crise d'asthme survenue au jardin d'enfants ou à domicile :</p> <p>Continuer _____ Bouffées de _____ X _____ par jour pendant _____ jours.</p>
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Date, Signature et cachet du médecin de l'enfant : _____



BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT

(À remplir par le médecin de la structure, utiliser le guide PAI Alimentaire)

RÉGIME ALIMENTAIRE AU JARDIN D'ENFANTS

- Consommation possible des repas cuisinés par le prestataire avec éviction ciblée de l'allergène :
 OUI
 NON
- Consommation possible des produits livrés par le prestataire (produits industriels, pain frais, fruits frais) avec éviction ciblée de l'allergène :
 OUI
 NON
- En conséquence, et en tenant compte des possibilités de commande, panier repas à fournir par la famille ?
 NON
 OUI, TOTAL
 OUI, PARTIEL. PRÉCISER CE QUI EST À APPORTER :
-
-
-
-

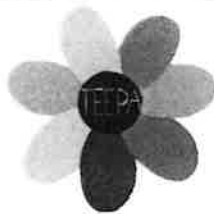
LES ACTIVITÉS

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Pâtisserie
- Fruit à coque, cacahuète (arachide)
- Œuf
- Pâtes à sel
- Pâtes à modeler
- Autres (préciser) _____

AUTRES AMÉNAGEMENTS À DÉTAILLER

Informations importantes : en cas de changement de personnel encadrant, faire suivre l'information de façon prioritaire.



MISE EN PLACE DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

(Une copie pour la direction du jardin d'enfants et une copie pour les parents)

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

LES PARENTS ou REPRÉSENTANTS LÉGAUX actent :

- La mise en place de ce PAI selon les conditions précédemment validées.

DATE :

NOMS et SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

LE JARDIN D'ENFANTS s'engage à appliquer ce PAI :

DATE :

NOMS ET SIGNATURES DE LA DIRECTION

DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN DE LA STRUCTURE : validant la mise en place du PAI APRES information et formation de l'ensemble de l'équipe.

Points importants à ne pas oublier :

- LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE
- INFORMATION SYSTÉMATIQUE DE TOUT LE PERSONNEL
- EN CAS D'APPEL DU SAMU, INFORMER DE L'EXISTENCE DE CE DOCUMENT
- INFORMATIONS À FOURNIR AU MÉDECIN URGENTISTE

